

**COMO PRESENTAR UNA
QUEJA SI USTED CREE QUE
SUS DERECHOS DE PRIVACÍA
A HAN SIDO VIOLADOS**

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con esta oficina:

Arizona Department of Health Services
Children's Rehabilitative Services
150 North 18th Avenue, Suite 330
Phoenix AZ 85007
Phone (602) 542-1860

También puede elevar una queja por escrito a:

U.S. Department of Health and Human
Services
Office of Civil Rights
50 United Nations Plaza -- Room 322
San Francisco, California 94102
Attn: Regional Manager

Para obtener una forma de queja llame al:
1-800-368-1019

No tomaremos medidas represivas contra usted si es que lleva acabo una tal queja.

Fecha de vigencia: este aviso es vigente desde el 14 de Abril, 2003.

**Cambios al Aviso de
Prácticas de Privacidad**

CRS debe obedecer este Aviso empezando en Abril 14, 2003. Tenemos el derecho a cambiar nuestras Prácticas de Privacidad. Si hacemos algunos cambios, escribiremos este aviso nuevamente y lo pondremos a su alcance enseguida.

Para obtener una copia de este aviso en otros lenguajes, Braille, escritura amplia, audio casete, o disco de computadora, por favor llame o escriba al Oficial de Privacidad al número u oficina en este folleto.

*****IMPORTANTE*****

**CRS NO TIENE COPIAS
COMPLETAS DE EXPEDIENTES
MÉDICOS.**

**SI NECESITA VER U OBTENER
UNA COPIA O HACER UN
CAMBIO AL EXPEDIENTE DE UN
MENOR, POR FAVOR CONTACTE
AL DOCTOR, CLINICA, O PLAN
DE SALUD DEL MENOR.**



**OFICINA PARA NIÑOS
CON NECESIDADES
ESPECIALES DE
CUIDADO DE SALUD**

**SERVICIOS
REHABILITATIVOS PARA
NIÑOS (CRS)**

**AVISO SOBRE LAS
PRACTICAS DE
PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE REVELARSE Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS), Servicios Rehabilitativos para Niños (CRS), tiene el compromiso de proteger su información médica. CRS esta obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud, proveerle este aviso a usted y cumplir con los términos de este aviso. Reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento.

ADHS/CRS PUEDE REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD:

CRS puede tomar, usar, y/o compartir su información de salud por las siguientes razones:

Solicitar fondos para el pago de los servicios médicos y materiales que se le proveen a usted.

Evaluar el rendimiento de sus proveedores del programa de salud CRS. Por ejemplo, podemos usar su información médica para llevar a cabo actividades que resulten en la mejoría de calidad como evaluar si sus doctores de CRS u otros profesionales le han proveído los servicios y el cuidado que usted necesitaba.

Dar información a los abogados, contadores, y asesores para que el programa se lleve a cabo eficazmente y para **detectar fraude y/o abuso del programa.**

Vigilancia de actividades de salud, podemos revelar información de salud a las agencias de vigilancia para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditoria, investigaciones, inspecciones, y licenciatura. Dichas actividades son necesarias para el gobierno de vigilar el sistema de salud pública y otros programas del gobierno, y en conformidad con las leyes civiles.

Enviarle lo más reciente en el programa o encuestas de satisfacción de familia.

Compartir información con otras agencias de gobierno u organizaciones que proveen servicios o beneficios o cuando la información es necesaria para que usted pueda recibir los

beneficios o servicios.

Cuando requerido por la ley, podemos revelar su información de salud cuando alguna ley requiera que reportemos información relacionada con abuso, negligencia, o violencia doméstica, o como respuesta a una orden de corte. También debemos revelar información de salud a autoridades que vigilan el cumplimiento con estos requisitos de privacidad.

Para actividades de salud pública, podemos revelar su información cuando estamos obligados a coleccionar información relacionada con enfermedad o accidente, para reportar estadísticas vitales, o los resultados de vigilancia, investigaciones, o intervenciones en la salud pública.

En relación a fallecimiento, podemos revelar su información al pesquisador, examinadores médicos, directores de funerarias para que ellos puedan cumplir con sus obligaciones como lo requiere la ley. Y a organizaciones para obtener órganos, con relación a la donación o transplante de órganos, ojos, o tejido.

Para prevenir una amenaza a la salud o seguridad. Para prevenir una amenaza seria contra la salud o la seguridad, podemos revelar información de salud según sea necesario a oficiales de policía u otras personas quienes pueden razonablemente prevenir o disminuir la amenaza.

USOS Y REVELACIÓN QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

La ley solo permite al personal de CRS usar su información para cumplir con su trabajo o para compartirla si es necesaria para el funcionamiento de CRS. Cuando dicha información es compartida con otras agencias, les requerimos que la mantengan confidencial y que la usen solo para el propósito requerido.

SUS DERECHOS EN RELACION A SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Si ADHS/CRS desea usar o revelar su información de salud para algún propósito no mencionado en este aviso, ADHS/CRS buscará su permiso. Si usted da su permiso, lo puede terminar en cualquier momento, a menos que ya hayamos dependido de ese permiso para usar o revelar la información.

Sus Derechos de Privacidad

Ve y obtenga copias de su información de ADHS/CRS, quizás se la haga un cargo por el costo de duplicar la información.

Pida a Corregir o Enmendar Su Información de ADHS/CRS, si usted cree que hay un error. Debe dar una razón por esta petición.

Obtenga Una Lista de Revelaciones hechas después del 14 de Abril, 2003. Esta lista no incluirá información dada a usted o a su familia directamente o información que fue enviada con su autorización. Le daremos esta lista gratis, pero podemos cobrarle por listas adicionales que pida durante el mismo año.

Solicite Mayor Restricción del Uso de Su Información de ADHS/CRS. Usted tiene el derecho de solicitar que no se use o revele su información de salud para obtener pago por el servicio o para operar el programa. No estamos obligados a acordar con usted en esta petición pero si acaso acordamos, cumpliremos con ese acuerdo.

Indique el Modo en que ADHS/CRS Se Comunicara con Usted. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en la forma en que usted sienta que es mas confidencial. Por ejemplo, usted nos puede pedir que no le hablemos por teléfono a su hogar si no que solo nos comuniquemos por correo.

Presente **una Queja** si usted no esta de acuerdo con la manera en que ADHS/CRS ha usado o revelado su información.

**Usted tiene el derecho de recibir este Aviso--
Usted tiene el derecho de recibir una copia
escrita de este Aviso.**

***CUALQUIER SOLICITUD QUE USTED
HAGA A ADHS/CRS DEBE SER POR
ESCRITO***